별지 제 10 호

20 년도 소아응급의학 세부전문의 수련병원 실태보고서

|  |  |
| --- | --- |
| 병 원 명 |  |
| 소 재 지 |  |
| 책임지도전문의 |  | 전 화 |  |
| 수련 중인 전임의 인원 |  |

1. 신청병원의 종류
	1. 병원의 종류 : 상급종합병원( ), 종합병원( ), 병원 ( ), 기타( )
	2. 소아청소년과 수련병원 ( 예 , 아니오 ), 응급의학과 수련병원 ( 예 , 아니오 )
	3. 응급의료센터의 종류 : 권역( ), 지역( ), 소아전문( )
2. 신청병원의 병상, 의료인력 및 장비 현황
	1. 병원의 허가 병상수 :

병원의 응급의료센터 병상수 :

소아응급실 별도 존재 유무 :

소아응급실 또는 응급실 내 소아전용 병상수 :

* 1. 인력 현황 (20 년 월 기준)
		1. 지도 전문의 현황 ( 명)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 직위 | 성명 | 생년월일 | 소아응급의학세부전문의번호 | 전 문 의취득년도 | 임명년월 | 비고 |
| 교수 | 000 | 11 11 11 | 333 | 2011 | 2011 11 | 예시 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

주) 1. 지도전문의: 대한소아응급의학회 세부 전문의 규정에 자격을 취득한 지도전문의

1. 해외 연수(또는 휴직)중인 전문의는 비고란에 기간과 사유를 기재. 지도전문의 교육 이수의 유효기간인 경우 지도 전문의로 인정. 단, 1년 이내만 가능
	* 1. 소아응급 전임의 현황

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 1년차 | 2년차 | 3년차 이상 | 계 |
| 현 원 |  |  |  |  |
| 정 원 |  |  |  |  |

1. 진료 실적

최근 3년간 18세 미만 소아청소년 응급실 방문 연간 평균 환자 수 ( )명

1. 시설 기준
	1. 응급실 내 전용시설

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 시설 | 시설 기준 | 예 | 아니오 |
| 환자 분류소 | 환자 진입구와 인접하여 설치되어 있는가? | □ | □ |
| 중증도 분류에 필요한 장비와 비품이 갖추어져 있는가? | □ | □ |
| 충분한 환기가 이루어지고 있는가? | □ | □ |
| 소생실 | 감염 방지를 위해 손세척이 가능한가? | □ | □ |
| 충분한 환기가 이루어지고 있는가? | □ | □ |
| 처치실 | 감염 방지를 위해 손세척이 가능한가? | □ | □ |
| 충분한 환기가 이루어지고 있는가? | □ | □ |
| 음압격리병상 | 음압격리병상이 1병상 이상 있는가? | □ | □ |
| 외부로부터 완전히 밀폐되고 필터링된 급기, 배기와 음압제어, 환기 가능 시설이 갖추어져 있는가? | □ | □ |
| 각 병상은 1인 격리실로 설치되어 있는가? | □ | □ |
| 보호구 장비가 비치되어 있고, 손세척이 가능한 전실이 갖추어 져 있는가? | □ | □ |
| 소아응급환자 진료구역 | 산소를 공급하는 설비와 흡인을 공급하는 설비가 갖추어져 있는가? | □ | □ |
| 감염방지를 위해 손세척이 가능한가? | □ | □ |
| 충분한 환기가 이루어지고 있는가? | □ | □ |
| 중환자실 | 소아청소년 환자의 입원이 가능한 중환자실이 있는가? | □ | □ |
| 감염방지를 위해 손세척이 가능한가? | □ | □ |
| 충분한 환기가 이루어지고 있는가? | □ | □ |

* 1. 의료기관 시설

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 시설 | 시설 기준 | 예 | 아니오 |
| MRI실 | 신체 전 부위의 촬영이 가능한가? | □ | □ |
| 산소와 음압 공급 설비가 갖추어져 있는가? | □ | □ |
| 검사실 등 | 소아환자의 초음파 검사가 가능한가? | □ | □ |
| 연령별 장비를 구비하여 소아 환자의 소화기 내시경 검사가 가 능한가? | □ | □ |
| 혈액은행 | ABO 및 Rh Typing, 교차 시험(Cross Matching), Coomb’s Test가 가능한가? | □ | □ |
| 주산기 시설 | 신생아실이 갖추어져 있는가? | □ | □ |
| 분만실이 갖추어져 있는가? | □ | □ |

1. 장비 기준
	1. 응급실 내 소아 전용 장비

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 장비명 | 개수(단위: 개) | 현황 | 예 | 아니오 |
| 제세동기 | 1 |  | □ | □ |
| 인공호흡기 | 1 |  | □ | □ |
| 이동 환자 감시장치 | 2 |  | □ | □ |
| 주입기(infusion pump) | 3 병상 당 1 |  | □ | □ |
| 환자 감시장치 | 3 병상 당 1 |  | □ | □ |
| 부착형 흡인기 | 1 병상 당 1 |  | □ | □ |
| 초음파검사기 | 1 |  | □ | □ |
| 골강내 주사기구 | 1 |  | □ | □ |
| EKG | 1 |  | □ | □ |
| Capnography | 1 |  | □ | □ |
| 보온포(가온, 냉각 기능) | 1 |  | □ | □ |
| 소아용 네뷸라이저 | 3 |  | □ | □ |

* 1. 의료기관 내 확보해야 하는 장비

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 장비 | 예 | 아니오 |
| 비디오 후두경 | □ | □ |
| 저체온 요법 장치 | □ | □ |
| 뇌압 감시장비 | □ | □ |
| 인공심폐순환기(ECMO) | □ | □ |
| 지속적 신 대체 요법(CRRT) 장비 | □ | □ |
| 인큐베이터 | □ | □ |

1. 전임의 수련프로그램에는 다음과 같은 내용이 포함되어 있다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 예 | 아니오 |
| 소아 소생술/소생술 후 처치 | □ | □ |
| 소아 기도관리 | □ | □ |
| 소아 응급 질환 | □ | □ |
| 소아 중환자 관리 | □ | □ |
| 소아 외상 관리 | □ | □ |
| 급성 중독의 진단과 치료 | □ | □ |
| 아동 학대 | □ | □ |
| 재난 대비와 감염 병 대응 | □ | □ |
| 소아 진정 및 진통 | □ | □ |
| 응급영상 | □ | □ |
| 응급 및 중환자 술기 | □ | □ |

1. 술기

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 교육 지침서 | 필요 장비 구비 |
| 예 | 아니오 | 예 | 아니오 |
| 중심정맥관 삽입 | □ | □ | □ | □ |
| 동맥관 삽입 및 혈압 감시 | □ | □ | □ | □ |
| 기도삽관 | □ | □ | □ | □ |
| 요추천자 | □ | □ | □ | □ |
| 초음파 | □ | □ | □ | □ |
| 봉합 | □ | □ | □ | □ |
| 부목 고정 | □ | □ | □ | □ |

1. 다음과 같은 종류의 학술집담회를 개최 및 참석하고 있다. (평가년도)

a. 원내 학술 집담회

□ ⓞ 아니요

□ ① 예 :

□ 자체 학술 집담회 및 타과와 공동 참여하는 원내 학술 집담회 주 회

주) 1. case conference, text review등도 가능하며, 하루에 여러 차례 개최 시 한 토픽 당 1회로 기재할

것.

2. 방명록을 증빙한다. 방명록이 준비되지 않으면, 발표 스케줄(프로그램)+발표 자료를 제시해야 한다.

1. 국내/외 학술대회 참석 현황 (평가년도)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 일시 | 국내/국외 | 학회명 | 참석 전임의 명단 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

주) 별표 제 3호 인정학회 목록 참조

1. 전임의의 인증 자격증 소지 (20 년 월 현재)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 자격증 종류 | 인증 기관 | 전임의 명단 |
|  |  | 예) OOO (1년차) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

주) 전임의 수련기간 중에 취득한 자격증만 인정함. 갱신을 하지 않은 자격증도 인정함. (유효기간은 상관없음.)

 예) KTAT / KPALS / PALS / NRP

1. 질 관리 평가가 다음과 같이 이루어지고 있다. (평가년도)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 예 | 아니오 |
| 소아응급 진료 질 향상 활동이 지속적으로 이루어지고 있는가? 질 향상 활동 제목 :  | □ | □ |

주) 관련 증빙자료를 준비할 것

1. [결론]수련 교육 역량 평가

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1점 | 2점 | 3점 | 4점 | 5점 |
| 지식적 기준 |  |  |  |  |  |
| 임상 역량 |  |  |  |  |  |
| 직업전문성 |  |  |  |  |  |
| 기본 역량 및 태도 |  |  |  |  |  |
| 수련교육 역량 평가에 대한 총평 |  |  |  |  |  |

위와 같이 수련병원 실태보고서를 제출합니다.

실사 일시: 년 월 일

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 평가자 1 ( | 소속 | ) (인) |
| 평가자 2 ( | 소속 | ) (인) |
| 수련이사 ( | 소속 | ) (인) |